

Wpływ astmy oskrzelowej u dziecka na funkcjonowanie jego rodziny

The influence of a child's asthma on it's family

RENATA ZUBRZYCKA ^{1/}, ANDRZEJ EMERYK ^{2/}

^{1/} Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin

^{2/} Klinika Pediatrii, Chorób Płuc i Reumatologii Akademii Medycznej w Lublinie, ul. Chodźki 2, 20-093 Lublin

Artykuł przedstawia przegląd badań, dotyczących psychologicznych aspektów funkcjonowania rodzin dzieci z astmą oskrzelową. Wyniki eksploracji ujawniają dysfunkcjonalność rodzin w zakresie relacji wewnątrzrodzinnych i procesu komunikacji w małżeństwie. Badacze podkreślają istnienie związku o charakterze sprzężenia zwrotnego pomiędzy zaburzeniami funkcjonowania rodzin a nasilaniem się objawów astmy u dziecka. Ujawniają także występowanie u rodziców nadopiekuńczej postawy oraz nadmiernego krytycyzmu wobec chorych dzieci. Artykuł zawiera również wyniki badań, wskazujące na potrzebę uczestnictwa ojców w procesie rehabilitacji oraz postulat otoczenia rodzin dzieci astmatycznych specjalistyczną opieką psychologiczną.

Alergia Astma Immunologia, 2002, 7(1), 21-26

Słowa kluczowe: *astma oskrzelowa, dziecko, dysfunkcjonalność rodziny, postawy rodzicielskie*

The article presents the review of research concerning psychological aspects of asthmatic children's families functioning. The results show disfunctioning of these families in the area of inter-family relationships and communication of married couple. The researchers point out that there is a feedback relationship between disorders of family functioning and strengthening child's asthma symptoms. They also show parents' overprotective attitudes and their excessive criticism. The article contains the scientific results which prove that fathers must take an active part in the process of rehabilitation and that asthmatic children families should be supported by professional psychological care.

Alergia Astma Immunologia, 2002, 7(1), 21-26

Key words: *bronchial asthma, child, family disfunction, parental attitudes*

W ostatnim dwudziestolecu dokonał się ogromny postęp w dziedzinie znajomości fizjopatologii, diagnostyce i terapii astmy oskrzelowej (AO). Jednocześnie zaobserwowano niekorzystne trendy w zachowaniu się szeregu wskaźników epidemiologicznych dotyczących astmy zarówno u dorosłych, jak i wśród dzieci. Głównym problemem jest wzrastająca częstość występowania AO u dzieci [1,2,3], szczególnie w wieku szkolnym [4]. Zwiększa się też liczba dzieci hospitalizowanych z powodu astmy, a w niektórych krajach rośnie liczba przypadków astmy o ciężkim przebiegu klinicznym [5,6]. Astma oskrzelowa stała się obecnie najczęstszą chorobą przewlekłą układu oddechowego wieku dziecięcego [7]. Choroba ta dotyka na świecie (wskaźnik chorobowości zbiorczej) – średnio 11,0% dzieci w wieku 6-7 lat oraz 11,7% dzieci w wieku 13-14 lat [8]. W Polsce na AO choruje od 5-10% dzieci [9], a u znacznej odsetka, szczególnie w grupie dzieci w wieku 6-8 lat, jest ona niedodiagnozowana [10].

Powyższe trendy epidemiologiczne rodzą określone skutki socjoekonomiczne, a także wpływają na funkcjo-

nowanie rodzin dziecka chorego na astmę. W świetle współczesnej wiedzy astma wymaga kompleksowego leczenia (prewencja + farmakoterapia + leczenie klimatyczne + rehabilitacja), co oznacza konieczność świadomego zaangażowania się rodziców/opiekunów chorego dziecka w wieloletni, złożony proces terapeutyczno-rehabilitacyjny [11]. W pedagogice specjalnej rehabilitacja rozumiana jest jako łączne i skoordynowane oddziaływanie lecznicze, psychologiczne, pedagogiczne i społeczno-zawodowe, zmierzające do rozwinięcia lub przywrócenia u osoby trwale poszkodowanej na zdrowiu zdolności, sprawności i możliwości samodzielnego życia w społeczeństwie [12].

Choroba somatyczna dziecka a funkcjonowanie jego rodziny

Literatura z zakresu pedagogiki terapeutycznej podkreśla znaczenie rodziny w procesie rehabilitacji dziecka przewlekle chorego. Przebieg i postęp w leczeniu choroby dziecka zależy bowiem w równej mierze od jakości opieki medycznej, jak i od oddziaływań rodziców, którzy

są odpowiedzialni za realizację zaleceń lekarskich nadzorując bezpośrednio przebieg choroby oraz podejmując na co dzień decyzje dotyczące stosowania farmakoterapii. Rodzice także wywierają wpływ na stan psychiczny dziecka, wpływając pośrednio na jego stan fizyczny [13,14,15].

Jakkolwiek od ponad sześćdziesięciu lat badacze z wielu dziedzin poddają wnikliwym analizom zależności zachodzące pomiędzy rodziną, a występującą w niej chorobą somatyczną, jak dotąd nie ustalono jednoznacznie charakteru tej zależności, a sprzeczne wnioski płynące z przeprowadzanych badań wskazują na wieloaspektowość poruszanego zagadnienia.

Przewlekłe schorzenie dziecka może stać się czynnikiem zagrażającym integralności rodziny lub też odwrotnie – może spowodować lepsze jej funkcjonowanie [13,16,17,18,19,20,21,22,23,24]. Zależności zaś między rozwojem dziecka chorego, przebiegiem jego choroby a wpływami środowiska rodzinnego tworzą system wzajemnych interakcji ze stałym sprzężeniem zwrotnym [25]. Jeśli czynniki pozachorobowe stanowią korzystny układ, to ujemny wpływ choroby na rozwój dziecka ulega wyraźnemu zahamowaniu lub złagodzeniu. Gdy zaś tworzą konstelację niekorzystną, to choroba i okoliczności z nią związane jedynie potęgują ich zakłócające oddziaływanie [26].

Twórcy koncepcji psychosomatycznych jako jedną z przyczyn powstawania zaburzeń somatycznych wymieniają nieprawidłowy przebieg interakcji dziecko-matka. Relacje, w których matki przejawiają chłód emocjonalny oraz zachowania dominatywne mogą prowadzić do powstania u dziecka takich wzorów zachowania, które w konsekwencji doprowadzą do ujawnienia się choroby psychosomatycznej. Przykładem kształtowania takich wzorów zachowania jest przytaczany przez Coolidge'a [27] opis badań trzech matek chorych na astmę, posiadających astmatyczne dzieci. Matki bardzo silnie reagowały na każde zaburzenie oddechu u dziecka. Takie zachowanie mogło prowadzić do warunkowego wzmacniania u dziecka przypadkowo powstających zaburzeń oddychania. Dzieci szybko wyczuwały, że nieprawidłowości oddychania determinują matczyną troskę, opiekę i zainteresowanie. Dodatkowo matki te odczuwały potrzebę symbiotycznej jedności z dziećmi, stanowiącymi dla nich dopełnienie „ja”.

Podejście systemowe w odniesieniu do zagadnień zdrowia i choroby pozwala na pełne zintegrowanie podejścia somatopsychicznego i psychosomatycznego. Rodzina pojmowana jest jako spójny system powiązany wzajemnymi relacjami i sprzężeniami zwrotnymi oraz jako element większego ekosystemu. Wystąpienie choroby somatycznej, bądź psychicznej u jednego z członków rodziny może być spowodowane istnieniem określonego zaburzenia funkcjonowania rodziny. Jednak równocześnie choroba jednego członka wpływa modyfikująco na funkcjonowanie pozostałych i wywołuje konieczność uruchomienia dzia-

łań przystosowawczych. Dzięki zasadom przyczynowości kolistej, podejście systemowe umożliwia równoczesne rozpatrywanie wpływu systemu rodzinnego na chorobę, jak i choroby na system rodzinny. Konsekwencje choroby obejmują wszystkie osoby pozostające w związku emocjonalnym lub formalnym z człowiekiem chorym. A zatem system obejmuje: rodzinę, środowisko pracy, przyjaciół, nauczycieli, inne osoby chore, personel medyczny, psychoterapeutów i pracowników socjalnych.

Psychologiczne aspekty funkcjonowania rodzin dzieci z astmą oskrzelową

Szereg doniesień zawartych w medyczno-psychologicznej literaturze amerykańskiej i zachodnioeuropejskiej podkreśla dysfunkcjonalność systemu rodzinnego astmatycznych pacjentów.

Faleide i wsp. [28] wysunęli sugestię, że traumatyczne wydarzenia w pokoleniu dziadków zakłócają w sposób poważny rozwój jednego lub obojga rodziców. Można powiedzieć, że astmatyczne symptomy u dziecka są reakcją trzeciej generacji na problemy pierwszej. W grupowej psychoterapii z rodzicami dzieci astmatycznych zauważono, że identyfikują się oni z symptomami choroby jako „naszą astmą”. Analizie badawczej poddano także specyficzny wymiar funkcjonowania rodziny, jakim jest proces komunikacji interpersonalnej. Kluger [29] twierdzi, że chronicznie chorzy pacjenci wykorzystują swą chorobę jako medium w komunikacji i interakcjach społecznych. Meissner [30] zaś opisuje zjawisko somatycznego wyrażania dysharmonii w systemie rodzinnym pacjentów psychosomatycznych. Wynika z tego, że somatyzacja staje się często wyrazem ekspresji konfliktów w rodzinach dzieci astmatycznych, zaś ciało nabiera ogromnej wartości komunikacyjnej.

Kluger [29] zanotował, że wszyscy członkowie rodziny dziecka z astmą ujawnili niższą społeczną aktywność, niż to wynika z wieku dziecka i statusu socjoekonomicznego, co może wpływać na wzory komunikacji w rodzinie. Badania pilotażowe w rodzinach dzieci z astmą i chorobami serca z zastosowaniem Testu Komunikacji Błokar przeprowadził Faleide [28]. Rezultaty eksploracji w rodzinach wychowujących dzieci z astmą ujawniły występowanie zaburzeń procesu komunikacji oraz niskiej empatii. Pary małżeńskie przejawiały sztywność we wzajemnych relacjach, unikały potencjalnych konfliktów i zakrywały już istniejące oraz nie podejmowały żadnych prób wyjaśnienia przyczyn trudności we wzajemnym porozumiewaniu się.

Podobną ocenę wzajemnych relacji w ramach diady małżeńskiej rodziców dzieci z astmą prezentują Furukawa i Roesler [19]. Autorzy twierdzą, że rodziców dzieci z ciężką astmą charakteryzuje: nadopiekuńczość, sztywność postaw, nadmierne uwikłanie w sprawy pozostałych członków rodziny oraz nieumiejętność rozwiązywania

problemów. Rodziny dzieci astmatycznych wywiązują się dobrze z realizacji swojej funkcji opiekuńczej, ujawniają zaś brak umiejętności prawidłowego komunikowania się, niezbędnego w rozwiązywaniu problemów. Występowanie wymienionych cech środowiska rodzinnego potwierdzają także badania Minuchin i Baker [31, za 28]. Koncentracja rodziny na realizowaniu jej funkcji opiekuńczej może powodować hamowanie rozwoju emocjonalnego dziecka i zakłócać realizowanie innej, niezwykle ważnej funkcji – rozwijania samodzielności dziecka i jego autonomii. Według Furukawy [19] troska o dziecko staje się substytutem rozwiązywania konfliktów w rodzinie.

Badania środowiska rodzinnego dzieci astmatycznych przeprowadzili ponadto Askilden i wsp. [32]. Objęli nimi rodziny 161 niemowląt cierpiących na astmę. Eksploracji poddano przystosowanie małżeńskie za pomocą DAS (*Spanier's Dyadic Adjustment Scale*) zawierająca 32 itemy zgrupowane w 4 podskalach, dotyczących partnerskiej zgodności, partnerskiego współgrania, satysfakcji oraz ekspresji uczuciowej. Głównym celem badań była odpowiedź na pytanie, czy rodzice dzieci, u których w późniejszych latach rozwinęły się symptomy astmy, różnią się od innych rodziców jeszcze przed wystąpieniem u dzieci choroby. Autorzy badań wykazali istnienie różnic. Matki z grupy dzieci podwyższonego ryzyka znacznie częściej, niż matki z grupy kontrolnej zabiegały o komfort swoich dzieci, ich spokojny sen oraz w sposób szczególny dbały o rozwijanie umiejętności dzieci. Zdaniem autorów badań ujawniana tendencja do intensywnego stymulowania rozwoju dzieci oraz otaczania ich opieką potwierdza wcześniejsze doniesienia o ambicji rodziców dzieci astmatycznych [33] i może świadczyć o ich skłonnościach do uzależniania chorego potomstwa. Ojcowie dzieci astmatycznych oceniali opiekę nad chorymi dziećmi jako nie sprawiającą trudności. Oboje rodziców dzieci astmatycznych prezentowało paralelne poglądy na temat swojego małżeństwa. Według autorów badań ujawniana harmonia małżeńska może być utożsamiana z zaniżoną tolerancją na niezgodności i zawłości i wykazywać zgodność z komponentami modelu rodziny psychosomatycznej Minuchin i Sterlin, gdzie granice między członkami rodziny są zatarłe, występuje brak dialogu i izolacja od środowiska.

Na początku lat 90. Schobinger i wsp. [34] poddali badaniom 28 osobową grupę dzieci astmatycznych celem określenia wpływu matki na przebieg astmy u dziecka i sprawdzenie zależności pomiędzy postawą ojca, rodzajem komunikacji rodzic-dziecko i liczbą kontaktów z dzieckiem a natężeniem objawów astmy, poziomem przeciwciał i spełnianiem przez dzieci wymogów medycznych.

Analiza wyników badań doprowadziła autorów do konkluzji, że matki i ojcowie dzieci z astmą przejawiają częściej postawę krytyczną wobec dzieci, niż rodzice dzieci zdrowych. Postawa krytyczna jest związana z cięższym przebiegiem astmy. Istnieje prawdopodobieństwo, że matki ze względu na większe obciążenie problemami zdrowot-

nymi dzieci, przeżywane stany przemęczenia i zniecierpliwienia chorym dzieckiem częściej przejawiają nadmierny krytycyzm w zachowaniu. Dziecko z wysokim całkowitym IgE przejawia znacznie częściej niż zdrowi rówieśnicy nadaktywność, rozproszenie uwagi, czy lekkomyślność. Ponadto matki, częściej niż ojcowie, przejawiają postawę krytyczną. Interesującym wydaje się rezultat badań, dotyczący relacji dziecka z ojcem – im częściej przebywają razem, tym łagodniej przebiegają objawy choroby. Autorzy badań sugerują, że pozytywny i częsty kontakt chorego dziecka z ojcem redukuje stres choroby, a ojciec stanowi źródło wsparcia dla dziecka.

Procesy emocjonalne rodziców dzieci z astmą stały się także przedmiotem badań Hermanns i wsp. [35]. Porównanie wyrażanych emocji w grupach 25 matek dzieci astmatycznych i zdrowych wykazało, że matki dzieci z astmą charakteryzuje istotnie wyższy wskaźnik krytycyzmu w interakcjach z dziećmi. Nadmierny krytycyzm i negatywną komunikację uczuciową uważa się zaś za dwa chroniczne stresory, generujące ujemne emocje w przeżyciach dziecka. Przykre stany emocjonalne są przyczyną zmian w funkcjonowaniu gruczołów dokrewnych, które z kolei wpływają na system immunologiczny. W ten sposób stresująca komunikacja wewnątrzrodzinna obniża odporność fizjologiczną organizmu dziecka i zwiększa jego podatność na choroby somatyczne [26].

Próbie określenia relacji interpersonalnych w rodzinach dzieci astmatycznych podjął także Garthland wraz z zespołem [36]. Badaniami objęto 32 rodziny, wiek dzieci wahał się od 5 do 12 lat. Wyniki wskazały na istnienie wyższego poziomu krytycyzmu u ojców dzieci z astmą, związanego ze szkolną absencją. Zdaniem autorów matki spędzają więcej czasu z dziećmi niż ojcowie i są częściej osobami odpowiedzialnymi za leczenie. Analiza związku pomiędzy czasem poświęconym chorym dzieciom przez ojców a występowaniem u nich symptomów astmatycznych ujawniła negatywną korelację łączącą obie zmienne i tym samym nie potwierdziła, wspomnianych wcześniej doniesień R. Schobinger'a i wsp. [34]. Autorzy określają matki jako bardziej zaangażowane fizycznie i emocjonalnie w rehabilitację dziecka, ojców zaś jako mniej zaangażowanych fizycznie i bardziej krytycznych wobec chorych dzieci, w związku z ich absencją w szkole.

Odmierna charakterystyka wybranych aspektów psychologicznego funkcjonowania matek i ojców może stanowić ważną implikację dla terapeutów i klinicystów pracujących z rodziną dzieci cierpiących na astmę, wskazując bowiem na konieczność włączenia obojga rodziców w proces rehabilitacji.

Wzajemne interakcje pomiędzy członkami rodzin, wychowujących dzieci z astmą stały się także przedmiotem zainteresowań norweskiego zespołu badawczego, pod kierownictwem Gustafsson [37]. Badania prospektywne przeprowadzono w latach 1987-1997 i objęto nimi 100 dzieci atopowych. W wyniku eksploracji ujawniono

dysfunkcjonalne rodzinne interakcje u 37% badanych rodzin – były to rodziny noworodków z wczesnymi epizodami świszczącego oddechu. Wykazano ponadto, że dysfunkcjonalne interakcje są powszechne w rodzinach dzieci z ciężką astmą. Rodzice są nadopiekuńczy w kontaktach z dziećmi przewlekle chorymi, jakkolwiek te reakcje mogą zaburzać rozwój asertywności i autonomii u dziecka.

Autorzy badań podkreślają, że dla przyszłych interakcji rodzinnych i zdolności rozwiązywania problemów ogromnie ważne jest zarówno dobre samopoczucie wszystkich członków rodziny, włącznie z chorym dzieckiem, oraz to, jak rodzina radzi sobie ze stresem, a także jakie ma wsparcie społeczne.

Wyniki badań wskazują, że dysfunkcjonalność rodzin nie indukuje chorób atopowych, lecz lęk spowodowany objawami świszczącego oddechu u dziecka negatywnie oddziałuje na relacje rodzinne. Dysfunkcjonalne wzory zachowań wpływają zaś na występowanie w rodzinie napięcia, redukują zdolność radzenia sobie z problemami i przez to stają się czynnikami ryzyka kontynuacji choroby i wystąpienia ciężkiej postaci astmy.

Rezultaty badań ujawniają ponadto przeciążenie rodziców oraz problemy przeżywane przez nich pozostające w związku z utrudnionym zadaniem uspołecznienia chorych dzieci. W podsumowaniu wyników eksploracji zespół badawczy postuluje konieczność zaoferowania emocjonalnego wsparcia i praktycznej pomocy terapeutycznej rodzinie dziecka astmatycznego.

Rodzinne uwarunkowania rehabilitacji dzieci z astmą oskrzelową

Na początku lat 90. zaczęło wzrastać zainteresowanie polskich psychologów i pedagogów rodzinnymi uwarunkowaniami procesu rehabilitacji dzieci z astmą – przeprowadzonych zostało jednak stosunkowo niewiele badań dotyczących tego zagadnienia [38,39,40]. Analizę stylów wychowania w rodzinach dzieci z astmą oskrzelową, jako jednej ze zmiennych środowiska rodzinnego, podjęły Jedynak i Oleńska-Pawlak [38]. Badaniami objęto grupę 80 dzieci w wieku 6-11 lat, z czego połowę stanowiły dzieci astmatyczne, grupa porównawcza obejmowała dzieci nie obciążone żadną chorobą przewlekłą. Badaniami objęto ponadto matki i ojców. Zastosowano Kwestionariusz do Badania Stylów Wychowania w Rodzinie, autorską wersję Kwestionariusza do Badania Ról Rodzicielskich Jaworowskiej oraz wywiad i autorski Test Zdań Niedokończonych.

Wyniki badań wykazały istnienie zależności między stylem wychowania w rodzinie a stanem zdrowia dziecka. W rodzinach dzieci chorych dominował styl wychowania liberalnego (50% badanych), przy czym matki, znacznie częściej od ojców, stosowały ów styl wychowania. W drugiej kolejności rodzice preferowali styl demokratyczny, podczas gdy styl ten dominował w rodzinach

dzieci zdrowych. Badania obejmowały ponadto analizę czynników kształtujących funkcje opiekuńczo-wychowawcze w rodzinach, takich jak: rytm codziennych czynności dziecka, system kar i nagród oraz organizację jego wypoczynku i rekreacji. Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, iż pomimo przeważającej liczby matek pracujących na pełnym etacie w grupie dzieci chorych (67,5%), w stosunku do matek dzieci zdrowych (47,5%), stan opieki nad dzieckiem chorym był znacznie bardziej korzystny w odniesieniu do wszystkich rozpatrywanych czynników. Systematycznej kontroli rodziców poddawane było 85% dzieci chorych, podczas gdy systematyczną opieką otoczone było jedynie 42,5% dzieci zdrowych. Rodzice astmatyków chętniej stosowali w wychowaniu nagrody (76%), niż rodzice w grupie kontrolnej (30%), przy czym wachlarz nagród był znacznie bardziej urozmaicony. Badania ujawniły jednak fakt odsuwania dzieci chorych od wypełniania domowych obowiązków oraz stosowanie wobec nich stylu wychowania, nazwanego przez autorkę „ochronnym”, charakteryzującego się m.in.: obdarzaniem dziecka chorego większą ilością praw niż obowiązków, stałym kierowaniem dzieckiem i dążeniem do sprawowania nadmiernej kontroli nad wszystkimi jego czynnościami, warunkowe egzekwowanie poleceń, w zależności od jego stanu zdrowia oraz stałym hamowaniem aktywności społecznej dziecka przez ograniczanie jego kontaktów z rówieśnikami, w obawie przed możliwością infekcji i nadmiernego przemęczenia. Wielgosz [41] twierdzi, że nadmierna pobłażliwość i kierowanie się w wychowaniu zasadą, że dziecko może robić, co chce, gdyż jest chore, zakłóca jego rozwój społeczny i proces usamodzielniania się, zmniejsza jego poczucie bezpieczeństwa i dezorientuje w pozarodzinnych kręgach środowiskowych.

Pożądaną i racjonalną postawą rodziców wobec dziecka przewlekle chorego jest tzw. postawa ochrony psychologicznej [42], polegająca na opanowaniu uczucia bezsilności dziecka (zwłaszcza w okresie zaostrzeń choroby), sprawowaniu aktywnej opieki nad dzieckiem, zmniejszaniu koniecznych ograniczeń do minimum, bez nadmiernego ochrania dziecka. Taka postawa powinna być propagowana przez lekarza w edukacyjnym i psychokorekcyjnych oddziaływaniach w stosunku do rodziców wykazujących nieprawidłowe reakcje i zachowania wobec chorego dziecka [43].

Określenie zmiennych w środowisku rodzinnym badanych uczniów astmatycznych stanowiło także element badań Pileckiej [44], przeprowadzonych pod koniec lat 80. Analiza wypowiedzi badanych matek, uzyskanych w wyniku zastosowania kwestionariusza wywiadu, pozwoliła autorce na wyróżnienie trzech elementów życia rodzinnego, na które wpływa choroba dziecka. Są to: atmosfera rodzinna, stosunek chorego dziecka do matki oraz zachowanie matki wobec chorego dziecka. Najwięcej matek twierdzi, że w ich domach panuje atmosfera nadmiaru problemów, emocji i przykrych przeżyć. Ciągła troska

o stan zdrowia dziecka i kłopoty z edukacją szkolną przyciągając członków rodziny.

Badane matki wskazują na istnienie silnego związku uczuciowego z chorym dzieckiem. Konfliktowe układy występują najczęściej pomiędzy dzieckiem z astmą a starszym rodzeństwem – nieporozumienia z rodzicami są sporadyczne. Matki w swoich wypowiedziach podkreślały, że dolegliwości chorobowe dziecka stanowią dla nich duże obciążenie psychiczne, rodzą lęk, poczucie bezradności. Dodatkową przyczynę stałego napięcia stanowią utrudnienia zewnętrzne: brak opieki specjalistycznej, kłopoty z uzyskaniem leków oraz konieczność pracy zawodowej.

Badania sytuacji rodzinnej dzieci astmatycznych przeprowadzone przez Lohn i wsp. [39] w grupie 81 rodzin za pomocą kwestionariusza wywiadu uzupełnionego rozmową z rodzicami oraz w niektórych przypadkach materiałami z prowadzonej terapii pedagogicznej wykazały, że niekorzystna w percepcji rodziców, sytuacja materialna idzie w parze z obciążeniem emocjonalnym, wynikłym z przeżywania choroby. W najtrudniejszej sytuacji znajdują się mieszkańcy wsi, rodziny chłopskie, w których pracuje jedno z rodziców, utrzymujący się z renty, emerytury lub bez stałego źródła utrzymania, a także rodziny niepełne.

Wyniki eksploracji ujawniły ponadto niski poziom przygotowania rodziców do pracy terapeutycznej. Nie łączą oni troski o zdrowie somatyczne z zaspokajaniem potrzeb psychicznych dzieci i stymulacją ich rozwoju społecznego.

Jedno z najnowszych badań nad rodzinami dzieci z astmą przeprowadzone pod koniec lat 90. przez wymieniony wyżej zespół badawczy [40] nie wykazało istnienia zależności pomiędzy aktywnym udziałem dzieci w procesie leczenia, warunkującym efektywność ich rehabilitacji, a warunkami materialnymi rodziny. Znaczącym czynnikiem środowiska rodzinnego okazało się natomiast pochodzenie społeczne rodziców dzieci astmatycznych. Największą aktywność w procesie leczenia ujawniły dzieci z rodzin inteligentnych, co zdaniem autorów badań związane jest z większą aktywnością kulturalną i społeczną tych rodzin.

W świetle zaprezentowanych w niniejszym artykule wyników badań psychoedukacyjna terapia rodziców jest istotnym składnikiem procesu rehabilitacji chorego dziecka. Teza zaś podkreślająca konieczność rozszerzenia terapii dziecka astmatycznego o oddziaływania psychoterapeutyczne w stosunku do jego rodziny nabiera aktualnie szczególnego znaczenia w kontekście wymogów Unii Europejskiej, odnoszących się do wszechstronnego wspierania osoby niepełnosprawnej lub przewlekle chorej właśnie w jej środowisku.

Piśmiennictwo

1. Omran M, Russell G. Continuing rise in the prevalence of asthma-like symptoms and diagnosed atopic disease in Aberdeen schoolchildren. *Eur Respir J* 1995; 8 (Suppl 19): 495.
2. Ronchetti R, Bonci E, Macri F i wsp. Prevalence of bronchial reactivity and allergen skin prick test positivity in Italian schoolchildren: increase over 9 years. *Eur Respir J* 1994; 8 (Suppl 18): 480.
3. Kuehni CE, Davis A, Brooke AM i wsp. Are all wheezing disorders in very young (preschool) children increasing in prevalence? *Lancet* 2001; 375: 1821-1825.
4. Aberg N, Sundell J, Eriksson B i wsp. Prevalence of allergic diseases in school children in relation to family history, upper respiratory infections, and residential characteristics. *Allergy* 1996; 51: 232-237.
5. Anderson HR. Increase in hospital admissions for childhood asthma: trends in referral, severity, and readmissions from 1970-1985 in health region of United Kingdom. *Thorax* 1989; 44: 614-619.
6. Russell G, Ninan TK, Omran M. Is childhood asthma becoming more severe? *Eur Respir J* 1997; 10 (Suppl 25): 461.
7. Boner AL, Martinati LC. Diagnosis of asthma in children and adolescents. *Eur Respir Rev* 1997; 7: 3-7.
8. International Study of Asthma and Allergies in Childhood Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998; 351: 1225-1232.
9. Pisiewicz K, Hałaszką J, Kurzawa R i wsp. Częstość występowania astmy u dzieci z wybranych regionów Polski. *Klin Ped* 1996; 4: 4-8.
10. Emeryk A, Postępski J, Górnicka G i wsp. Występowanie astmy oskrzelowej i objawów chorób układu oddechowego u dzieci lubelskich w wieku 8-18 lat. *Med Ogólna* 1996; 2: 397-405.
11. Warner JO, Naspitz CK, Cropp GJA. Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. *Ped Pulmonol* 1998; 25: 1-17.
12. Dykciak W. *Pedagogika specjalna*. wyd. UAM, Poznań 2001: 68-69.
13. Obuchowska I, Krawczyński M. *Chore dziecko*. wyd. NK Warszawa 1991; 71-83.
14. Knafl K, Zoeller L. Childhood Chronic Illness. *J Fam Nurs* 2000; 6: 287-295.
15. Radochoński M. *Choroba a rodzina*. wyd. WSPS, Rzeszów 1987; 15-96.
16. Góralczyk E. *Choroba dziecka w twoim życiu*. wyd. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. MEN, Warszawa 1996: 11-29.
17. Carter CM, Urbanowicz M, Hemsley R. Effects of a few food diet in attention deficit disorder. *Arch Dis Child* 1993; 69: 564-568.
18. Adamska H. Rozwój psychoruchowy dzieci chorych na gorączkę reumatyczną a ich sytuacja rodzinna i szkolna. w: Wołoszynowa L. (red.) *Materiały do nauczania psychologii*. s. II t. 9 PWN 1986: 244-309.
19. Furukawa CT, Roesler TA. *Psychologic Aspects of Allergic Disease; Allergic diseases of infancy, childhood and adolescence*. wyd. Bierman CW i wsp. Saunders WB Company 1980: 353-363.
20. Krawczyńska-Butrym Z. *Funkcjonowanie rodziny a choroba*. wyd. AM, Lublin 1987; 9-25.
21. Ślęzak J. *Uczeń z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju*. wyd. WSiP, Warszawa 1984: 12-14.
22. Dąbrowska M, Górska B, Kwak A. *Postawy rodzicielskie*. w: Socha J. (red.) *Dziecko z celiakią w rodzinie polskiej*. wyd. TPD, Warszawa 1991: 154-165.

23. Gil KM., Keefe FJ, Sampson HA. The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *J Psychosom Res* 1987, 31: 673-684.
24. Januszewska E. Postawy rodzicielskie i elementy składowe niepokoju u dzieci chorujących na białaczkę, neurotycznych i zdrowych. w: Januszewski A, Oleś P. (red.) *Wykłady z Psychologii w KUL, Lublin 1992*; 363-377.
25. Pilecka W. Choroba przewlekła dziecka, jego rozwój i interakcje rodzinne – model transakcyjny. w: Chodkowska M. (red.) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. wyd. UMCS, Lublin 1995: 23-33.
26. Pilecka W, Majewicz P, Zawadzki A. Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie. *Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 1999*: 12-13.
27. Porzak R. Choroba somatyczna i jej wpływ na funkcjonowanie rodziny. w: Gaś Z. (red.) *Psychologia wychowawcza stosowana*. wyd. UMCS, Lublin 1995: 145-157.
28. Faleide AO. Asthma and Allergy in Childhood. *Psychosocial and psychoterapeutic Problems*, wyd. SPARTAU FORLAG, Oslo 1990; 14-37.
29. Kluger JM. Childhood and the social milieu. *J Am Acad Child Psychiat* 1969; 8: 353-366.
30. Meissner WW. Family dynamics and psychosomatic processes. *Fam Process* 1966, 5: 142-161.
31. Minuchin S, Rosman B, Baker L. *Psychosomasomatic*. Cambridge, MA: Harvard University Press 1978; 45-51.
32. Askilden ECh, Watten RG, Faleide AO. Are parents of asthmatic children different from other parents? *Psychother Psychosom* 1993; 60: 91-99.
33. Aronsson G, Koivunen E. Differences in personality between parents of asthmatic children and parents of nonasthmatic children. *J Psychosom Res* 1985; 29: 177-182.
34. Schobinger R, Florin I, Zimmer C i wsp. Childhood Asthma: Parental critical attitude and father-child interaction. *J Psychosom Res* 1992; 36: 743-750.
35. Hermanns J, Florin I, Dietrich M i wsp. Maternal criticism, mother-child interaction and bronchial asthma. *J Psychosom Res* 1989; 33: 469-476.
36. Garthland HJ, Day HD. Family predictors of the incidence of children's asthma symptoms: expressed emotions, medication, parent contact and life events. *J Clin Psychol* 1999; 55: 573-584.
37. Gustafson PA. Family dysfunction in asthma: Results from a prospective study of the development of childhood atopic illness. *Ped Pulmonol* 1997; (Suppl 16): 262-264.
38. Jedynek J, Oleńska-Pawlak T. (red.) *Style wychowania w rodzinie dziecka przewlekle chorego*. w: *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych t. XLII, WSP, Kraków 1989*; 75-84.
39. Lohn Z, Ostrowski T, Wyczesany J. Sytuacja rodzinna dzieci przewlekle chorych. w: Kurzawa R, Wyczesany J. (red.): *Dziecko chore na astmę*, wyd. UNIVERSITAS, Kraków 1995: 99-111.
40. Wyczesany J, Ostrowski TM, Lohn Z. Indywidualne i społeczne czynniki determinujące aktywny udział dzieci chorych w procesie leczenia. *Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2000*: 40-55.
41. Wielgosz E. Wychowanie dzieci niesprawnych somatycznie. w: Obuchowska I. (red.) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. wyd. WSiP Warszawa 2000: 394-427.
42. Lewandowska J, Domansiewicz M, Wondokanty-Bocheńska M. Ocena psychologiczna dzieci chorych na dychawicę oskrzelową. *Pol Tyg Lek* 1992; 47: 879-882.
43. Dyga-Konarska M. Psychologiczne zagadnienia związane z astmą oskrzelową u dzieci i młodzieży. *Alergologia* 1996; 1: 35-38.
44. Pilecka W. *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*. wyd. WSP, Kraków 1990: 105-115.